

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1921-1922. N° 165

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES VÉSICO-TUBAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1922

PAR

Roger - Fernand - Léon DANIAUD

Né à Périgné (Deux - Sèvres), le 1^{er} Janvier 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON, professeur.....	Président.
		FERRE, professeur.....	Juges.
		PETGES, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 165

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES VÉSICO-TUBAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1922

PAR

Roger - Fernand - Léon DANIAUD

Né à Périgné (Deux - Sèvres), le 1^{er} Janvier 1894

Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON, professeur.....	Président.
	FERRE, professeur	Juges.
	PETGES, agrégé.....	
	DUVERGEY, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne.....	Médecine expérimentale... FERRÉ.
Clinique externe.....	Clinique ophtalmologique... LAGRANGE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCÉ.
Clinique d'accouchements.....	Clinique gynécologique.... BEGOUIN.
Anatomie Pathologique et microscopie clinique.....	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS.
Anatomie.....	Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	Physique pharmaceutique. SIGALAS.
Physiologie.....	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC.
Hygiène.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.... W.DUBREUILH.
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales..... ABADIE.
Chimie.....	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
Botanique et matière médicale.....	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.
Pharmacie.....	
Zoologie et parasitologie.....	

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie et embryologie { N.....	Médecine générale..... { LEURET.
Histologie..... { N.....	DUPERIE.
Physiologie..... { LACOSTE (chargé).	CREYX.
Anatomie pathologique... { DELAUNAY.	MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences { MURATET.	Maladies mentales..... { PERRENS.
naturelles..... { R.SIGALAS (chargé)	Médecine légale..... { LANDE.
Physique biologique et médicale..... { RÉCHOU.	Chirurgie générale..... { ROCHER.
Chimie biologique et médicale..... { N.....	Obstétrique..... { DUVERGEY.
Médecine générale..... { PETGES.	PAPIN.
CHARLES (J.).	Obstétrique..... { PERY.
MAURIAC.	Ophtalmologie..... { FAUGERE.
	Pharmacie..... { TEULIERES.
	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CHARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES ET A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Les fistules vésico-salpingiennes sont le résultat de l'ouverture spontanée d'une collection salpingienne dans la vessie. Cette affection qui est assez rare, est cependant très bien connue des auteurs. DELBET, PERRIMONT, FAUVERGHE, LEGUEU, GRAS, VOLLE ont suffisamment développé la question pour qu'il ne nous reste rien à ajouter au chapitre Étiologie, Pathogénie et Pronostic.

Néanmoins, le sujet de notre thèse nous a paru intéressant parce qu'il nous permet d'indiquer une méthode toute nouvelle d'examen et de traitement, méthode due à M. le Professeur DUVERGEY (assisté de son interne M. DAX), qui nous a inspiré ce modeste travail et guidé de ses conseils. En conséquence, les chapitres « Diagnostic et Traitement » seront l'objet de tout notre soin.

Pour illustrer le texte de l'observation de la malade traitée par M. le Professeur DUVERGEY, nous joindrons l'épreuve de l'examen radiographique de sa trompe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES VÉSICO-TUBAIRES

Étiologie. — Pathogénie.

Il serait plus exact d'appeler ces sortes de fistules, fistules salpingo-vésicales. En effet, la lésion primitive porte d'abord sur les annexes, la lésion vésicale lui étant consécutive. Il s'ensuit donc que cette affection sera plus fréquente chez les femmes de 18 à 45 ans, en pleine vie génitale et par conséquent plus susceptibles de faire de l'infection des organes génitaux : *infection d'origine puerpérale* 19 cas sur 57, ou *infection gonococcique*, 21 cas sur 57, les micro-organismes s'étant propagés par la muqueuse ou la voie lymphatique.

La collection pourra se former dès le début de l'injection et se fistuliser; d'autres fois, une salpingite qui paraît s'être calmée, est le point de départ d'une infection latente qui, en se réveillant, donne lieu à un abcès circumvoisin communiquant avec la trompe et s'ouvrant dans la vessie.

Une troisième cause très fréquente (13 cas sur 57) de l'infection tubaire amenant l'ouverture dans la vessie, est due à l'infection tuberculeuse annexielle primitive ou bien à la propagation secondaire par voie hémato-gène de lésions tuberculeuses d'un organe avoisinant (intestin, épiploon). Plus rarement, l'infection annexielle est due à

une association microbienne (Obs. III et IV. Elle peut être consécutive à une appendicite lorsque la trompe est en contact immédiat avec l'appendice malade (GRAS, Obs. II, BAZY. — *Rev. de Chirurg. et Gynéc.*, 1900. — Abscès péri-appendiculaire ouvert dans la vessie).

Quelque soit l'agent pathogène : streptocoque, staphylocoque, gonocoque, bacille de Koch, bacterium coli (obs. VI). Il est très rare de constater l'ouverture des collections tubaires dans la vessie. DELBET et COL en affirment la rareté, et DELBET n'en connaît que trois cas ; elle serait cependant plus fréquente qu'à la paroi abdominale. TERRILLON, au contraire, prétend que cela est assez fréquent, et que beaucoup de salpingites ont été confondues avec le phlegmon du ligament large. C'est aussi l'opinion de GIL-WYLIE. GRAS qui, dans sa thèse, rapporte 85 cas d'abcès pelviens ouverts dans la vessie, cite onze observations, dont six furent vérifiées par la laparotomie où le pyosalpinx fût l'origine. Nous avons pu en réunir 57 cas dans cet ouvrage.

On peut dire que la cause essentielle de l'ouverture des pyosalpinx dans la vessie tient uniquement à la position des trompes. Les trompes étant essentiellement mobiles, leur déplacement variera avec celui du corps utérin, le degré de répletion de la vessie et du rectum. En cas d'infection, le plus souvent l'utérus reste en place normale et les annexes alourdies et envahies par l'inflammation tendent à prolaber dans le Douglas ; dans ce cas, l'ouverture des collections suppurées se fait naturellement dans l'intestin ou le rectum, auxquels il adhère. Voilà pourquoi l'ouverture dans le rectum est plus fréquente que l'ouverture dans la vessie.

Mais il arrive quelquefois que les annexes prennent une position antérieure, venant se mettre en contact avec la vessie. Cela arrive lorsque après l'accouchement, l'utérus tombe dans le Douglas, les annexes restant en position haute : cela arrive aussi lorsqu'un utérus métri-

tique vient culbuter dans le Douglas et s'y fixer par des adhérences, les annexes auront alors tendance à s'infléchir en avant et viendront se loger dans le cul de sac utéro-vésical.

L'ouverture de l'abcès tubaire dans la vessie sera donc dû dans la majorité des cas, au contact de cet organe avec la poche purulente, néanmoins, on a vu des trompes suppurées venir à travers le ligament large s'ouvrir dans la vessie. (GRAS).

Notons que l'ouverture est toujours spontanée et nullement en rapport avec un traumatisme, la fistule se trouve constituée du premier coup et a peu de tendances à la guérison.

Anatomo - pathologie.

La collection purulente tubaire ou tubo-ovarienne est unique ou bilatérale ; elle tient à la vessie ainsi qu'à l'épiploon, l'intestin et les autres organes du petit bassin par des adhérences multiples et compactes qui sont une cause de friabilité des parois par les troubles de vascularisation qu'elles provoquent. Le pyosalpinx s'ouvre à tous les stades de l'infection.

Soit par perforation lente, les micro-organismes exerçant leur action de nécrose sur les tissus, véritable gangrène.

Soit par rupture brusque, véritable éclatement de la coque surtendue et tirillée par des adhérences au moment de crises de péritonisme dont la fréquence est favorisante.

La perforation de la vessie due au contact intime de la trompe provoquera une fistule franchement vésico-tubaire, mais il arrivera que les deux organes seront reliés par l'intermédiaire de tissu cellulaire enflammé provoquant alors de la péri-annexite.

La fistule qui met en communication les trompes et la vessie est en général unique, elle se réduira à une simple éraillure lorsque les lésions n'auront pas trop touché la vessie ; par conséquent, elle sera souvent très petite, introuvable même à la cystoscopie. (Deux Observations de Violet : voir nos observations VII et VIII). L'orifice vésical se trouvera forcément du côté de la paroi postérieure et surtout postéro-latérale, le cul de sac vésico utérin logeant l'abcès tubaire.

Le trajet fistulaire se fait souvent parmi les adhérences, le pus qui s'en échappe est crémeux, bien lié et quelquefois fétide.

La trompe est entourée d'un péritoine dépoli, épaissi, d'où part des fausses membranes qui pourront être le siège d'abcès périsalpingiens (Violet, obs. II et III), communiquant eux-mêmes avec la cavité vésicale. Elle est augmentée dans ses dimensions, dans son calibre; ses parois sont épaissies, dures et adhérentes, la muqueuse rouge et tapissée d'une couche purulente a un épithélium qui se desquame. Dans les lésions tuberculeuses tubo-ovariennes, le maximum d'intensité siège aux extrémités de la trompe, les franges sont rouges et agglutinées, l'orifice tubaire est tantôt béant, tantôt fermé par les franges rétractées, la muqueuse peut être hypertrophiée ou ulcérée. Bien souvent la lésion pourra être considérée comme un abcès froid ayant tendance à s'agrandir et à se fistuliser.

Du côté vésical, les microbes passent de l'abcès tubaire dans la paroi vésicale à la faveur des adhérences inflammatoires et arrivent sur la face profonde de l'épithélium où ils provoquent une plaque de desquamation et de cystite localisée. Dans les processus chroniques, les exsudats dominent, les parois sont épaissies et le tout forme une masse compacte difficile à décortiquer. (Obs. V et IX). La vessie est quelquefois refoulée à droite ou à gauche. Elle est diminuée de volume et rétractée (Obs. I), ce qui s'explique par la formation d'une sorte de carapace qui l'entoure et due à des phénomènes de paracystite (Pousson). Les phénomènes de cystite sont peu accentués (la vessie résiste longtemps à l'infection, a dit Guyon), à peine voit-on une muqueuse hypertrophiée et recouverte d'un enduit mucopurulent; dans le cas seulement où les lésions annexielles sont d'origine tuberculeuse, les lèvres de la perforation sont ulcérées et cratériformes (Obs. III et IV de Violet), l'intérieur de la vessie est généralement indemne de granulations et ulcérations. Dans une observation de Folet, les bords de l'orifice fistulaire du côté vésical étaient bourgeonnants et charnus.

Symptomatologie.

La création d'un trajet fistuleux mettant en communication la poche salpingienne avec la vessie, se manifeste immédiatement par une pyurie abondante, atteignant son maximum du premier coup et suivie de sédation des phénomènes douloureux et thermiques. (Obs. III, IV, VI). Un des caractères essentiels de ce pus est d'être très épais, tombant au fond du vase et y formant un gros dépôt. Mais auparavant, cette débâcle purulente a été précédée de symptômes cliniques différents suivant l'évolution de l'affection.

En effet, les auteurs, Legueu, Gras, etc., ont l'habitude de considérer deux formes évolutives.

Une première forme est la forme aiguë; dans ce cas, un accouchement septique, une fausse couche, une infection blennorrhagique datant de quelques semaines, de quelques mois, en est l'origine. L'état de la malade paraît grave, elle vomit souvent, fait de la température, le pouls est petit, la douleur aiguë et se manifeste dans la région hypogastrique. (Obs. III). Les annexes sont dilatées et sensibles, tantôt senties dans le cul de sac postérieur, tantôt dans l'antérieur, la masse semble quelquefois faire corps avec un empâtement paravésical, l'utérus est douloureux à la mobilisation.

Du côté de la vessie, les symptômes cliniques de cystite manquent, ce qui est caractéristique de l'affection que nous traitons (Obs. VI). La malade éprouve quelquefois de fréquents besoins d'uriner et du tenesme (Obs. I, VI). Une sorte de dysurie due surtout à des phénomènes d'ordre réflexe provoqués par les tiraillements sur les organes malades au moment où la vessie se vide, puis l'évacuation de

pus survient après une poussée aiguë, au cours de laquelle la tumeur avait augmenté de volume (Obs. III). Alors la malade qui, le plus souvent, a éprouvé une sensation de déchirure au moment de la débâcle purulente, se sent très soulagée et voit du même coup diminuer sa collection. En appuyant sur la paroi abdominale on peut faire sourdre du pus par l'urètre (Obs. VI), signe qui peut être considéré comme pathognomonique de l'ouverture dans la vessie quand il existe. L'amélioration peut continuer, l'écoulement de pus s'arrêter (Obs. III), ou bien au contraire, les phénomènes recommencer et la pyurie réapparaître après des périodes d'accalmies.

Dans une deuxième forme, forme latente (Observations I, IV, VII, VIII), les symptômes sont moins aigus et moins bruyants ; la malade qui est une vieille métritique, dont l'infection remonte à des années, ou le plus souvent atteinte de tuberculose annexielle évoluant depuis longtemps, fait de courtes crises légèrement douloureuses et fébriles ; c'est habituellement une femme affaiblie, épuisée même (Obs. I, VIII). Il existe dans cette forme à évolution lente des cas où les symptômes sont réduits au minimum ; ni douleur, ni température, le pus s'évacue sans avertissement. (Obs. X).

L'évacuation du pus se fait sans douleur et provoque là aussi un peu d'amélioration, pas de symptômes de cystite bien marqués pendant une longue période tout au moins. L'absence de cystite, là comme dans la forme à évolution aiguë, est due à ce fait que le pus est d'une origine extra-vésicale et que les lésions de la vessie sont limitées à une toute petite plaque de paracystite. Malheureusement, les phénomènes recommencent et se répètent atteignant de plus en plus l'état général de la malade.

L'intermittence de l'écoulement du pus est due à l'oblitération de l'orifice tubo-vésical et considéré par Terrillon comme signe pathognomonique de ces sortes de fistules.

Il y a quelquefois du sang mélangé avec le pus, mais

on n'observe guère cet écoulement sanguin qu'au moment de la perforation. Dans notre observation VI le sang observé dans les urines au moment des règles était probablement dû à leur mélange avec le sang du flux menstruel.

Il arrive quelquefois de constater des urines troubles et de la bactériurie précédant l'ouverture de la fistule ; ces phénomènes sont dus à une filtration microbienne à travers une paroi déjà atteinte. Les urines légèrement troubles révèlent alors la présence d'albumine, albumine qui est passagère et disparaîtra (Observ. I), lorsque la fistule n'excrétera plus de pus et que les urines redeviendront claires.

Diagnostic.

Le diagnostic est en général facile dans les formes aguës, il présente plus de difficultés dans les formes latentes. Dans le cas de Muller, on a confondu l'affection avec des crises de coliques néphrétiques, la malade souffrant de la région lombaire. Le symptôme essentiel consistera toujours dans la pyurie abondante et intermittente, calmant les douleurs et amenant une diminution du volume de la poche purulente. (Obs. III, IV).

Cette pyurie ne devra pas être confondue avec les nombreuses autres affections qui s'accompagnent de ce phénomène ; il faut donc éliminer les cas de salpingite où la pyurie peut exister sans perforation vésicale ni affection gonococcique. (Reymond en cite deux observations). Un examen cystoscopique attentif enlèvera vite le doute qui pourrait subsister.

De même l'examen urétéral nous permettra d'éliminer le diagnostic de pyélonéphrite ; dans cette dernière affection on trouve en effet des orifices urétéraux congestionnés, ulcérés, avec éjaculation trouble ; cliniquement la pyurie est constante et le point pyélo-urétéral de Bazy est douloureux.

Dans la pyonéphrose le pus est très épais, et le point costo-vertébral de Guyon très sensible.

Dans la tuberculose rénale, le pus inoculé au cobaye le tuberculise ; l'orifice du méat urétéral présente des lésions caractéristiques, lèvres ulcérées, entourées d'une auréole vascularisée, infiltrée de tubercules.

Il faut aussi penser que le pus peut provenir d'une cystite quelque soit son origine : cystite blennorrhagique

des calculeux, des rétrécis, des prostatiques, mais la pyurie n'est pas indolore, elle n'amène pas de soulagement contrairement à ce qui se passe en cas de collection purulente ouverte dans la vessie. De plus, la vessie a une sensibilité toute particulière, le palper, le contact d'une sonde sont douloureux ; la cystoscopie découvre des lésions inflammatoires de la muqueuse et notamment en cas de tuberculose vésicale des ulcérations et granulations. Il faudra aussi penser au diverticule de la vessie, ce qui est très rare chez la femme ; dans ce cas, la miction se fait en deux temps, la deuxième émission est constituée par une urine purulente et fétide qui a séjourné dans la vessie.

L'évacuation de pus par la vessie peut aussi avoir pour origine la rupture d'une collection pelvienne autre que le pyosalpinx. Quels sont alors les moyens de diagnostic ? Ils nous sont donnés surtout par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, le toucher rectal doit aussi être pratiqué.

Si les annexes sont touchées, on trouve généralement dans des culs de sacs peu souples et abaissés une masse bosselée et empâtée, séparée du col de l'utérus par un sillon ; quelquefois l'utérus est rétrofléchi et le cul de sac antérieur rempli par la partie interne de la trompe dilatée et perceptible au toucher. L'utérus est douloureux à la mobilisation qui peut être très diminuée du fait de complication péri-annexielle. Voilà les signes qui permettent d'affirmer que la fistule met en communication la vessie avec une collection salpingienne.

Si nous avons affaire à un phlegmon du tissu péri-utérin suppurant dans la vessie par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux, (leur ouverture dans la vessie est assez fréquente puisque Delbet en compte 18 cas sur 95), nous trouverons, pour les phlegmons du ligament large, des culs de sac libres, la masse étant sentie seulement à la partie supérieure et s'étendant vers la paroi abdominale comme

un véritable plastron. Pour le phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet, s'ouvrant du reste plus fréquemment dans la vessie que les phlegmons du ligament large, on trouve un empâtement du cul de sac latéral correspondant : la masse semble faire corps avec l'utérus et se prolonge dans le cul de sac antérieur vers la vessie.

Les collections de pelvipéritonite, généralement consécutives à une infection puerpérale, dûes plus rarement à une infection gonococcique, peuvent aussi s'ouvrir dans la vessie, quoique la rupture se fasse de préférence dans l'intestin (treize cas sur dix-sept, d'après Delbet). Le toucher permet alors de constater venant du Douglas une masse faisant saillie dans le cul de sac postérieur, masse volumineuse, chaude et dure dont l'induration se propage aux parois du vagin donnant au doigt la sensation de pénétrer dans un vagin de carton.

Un kyste ovarien suppuré pourra être cause de la fistule vésicale. (Folet, *Echo médical du Nord*, 1898). En cas de gros kystes, le diagnostic sera facile, en cas de kystes dermoïdes, l'évacuation d'urine s'accompagnera de poils, graisse, os (Legendre, *Gaz. des Hôpitaux* 1896, Obs. 65 de thèse Gras) ; cette sorte de kystes s'ouvre assez fréquemment dans la vessie. Delbet en cite 16 cas sur 32.

La grossesse extra-utérine et l'hématocèle suppurées pourront aussi causer des fistules, mais la première (grossesse tubaire, citée par Péan, *Société de Chirurgie*, vol. VI, 1888, p. 898) sera diagnostiquée par les symptômes de grossesse ayant précédé l'accident (ramolissement du col, gonflement des seins, expulsion de caduque et de caillots) et la seconde par les signes d'hémorragie interne qu'elle a provoqué.

Plus rarement, l'appendicite est le siège primitif de l'abcès, infectant par voisinage les annexes ; dans le cas de coexistence d'appendicite et de salpingite le diagnostic est plus difficile, on note alors la persistance d'un point douloureux et le refoulement des gaz dans le cœcum par

pression sur la fosse iliaque gauche (signe de Rovsing). L'état général de la malade sera mauvais et ira en s'aggravant.

Notons aussi comme cause exceptionnelle de fistule vésicale, la rupture dans la vessie d'un abcès froid venant des parties osseuses du petit bassin ; les antécédents de la malade, ses positions vicieuses ou sa claudication, sa raideur et le siège bas d'une masse fluctuante donneront la clef du diagnostic.

Moyens d'exploration.

Nous avons vu que, pour poser un diagnostic ferme sur les lésions pelviennes existantes, il faut pratiquer nécessairement le toucher vaginal combiné au palper abdominal ainsi que le toucher rectal ; de même, pour voir ce qui se passe du côté de la vessie il est absolument indispensable de faire la cystoscopie. Sur ce point, tout le monde est d'accord, et ce sont les méthodes unanimement employées par les chirurgiens.

Mais il est un nouveau mode d'exploration employé pour la première fois dans le service de M. le Professeur Duvergey qui paraît tout aussi utile que la cystoscopie, nous voulons parler de la salpingographie.

Voilà en quoi elle consiste, d'après la conduite tenue pour l'examen de la malade qui fait l'objet de notre première observation, la vessie ayant été cystoscopiée et même cysto-radiographiée, on va dans un premier temps à la recherche de l'orifice du trajet fistuleux. Dans un deuxième temps, on cathétérise au moyen du cystoscope à prisme ce trajet avec une sonde urétérale. Enfin dans un troisième temps, on fait au moyen de cette sonde urétérale une injection de bromure de sodium (5 cc. ont suffi dans le cas cité) qui a la propriété d'être opaque aux rayons X et permet la radiographie du trajet infecté. Cette radiographie

de la trompe pratiquée pour la première fois sur la malade de M. Duvergey a donné une image très nette de la situation du trajet fistuleux de son calibre (rétréci) et du volume de la cavité suppurée. Elle est à notre avis un complément nécessaire de la cystoscopie, car elle contribue à nous éclairer singulièrement sur le siège et l'étendue des lésions. De son observation, découlera des considérations utiles tant pour le traitement que pour le diagnostic qui n'est pas toujours facile, Terrillon prétendait dans sa thèse qu'il était impossible d'affirmer cliniquement que la collection était d'origine tubaire.

La substance opaque employée est ici le bromure de sodium en solution à 30 % ; une pâte bismuthée pourrait évidemment remplir le même effet, mais serait plus difficile à faire passer par la sonde urétrale, de plus, elle risquerait de créer l'obturation du trajet et de favoriser ainsi la formation d'une nouvelle collection purulente.

Dans cette méthode, c'est le cathétérisme du trajet qui offre le plus de difficultés. (Nous avons vu que déjà des auteurs, Bulke, Janet, Saféna l'ont pratiqué, mais aucun n'a injecté de liquide antiseptique dans la fistule. Schrøeder l'a seulement fait suivre de lavage de vessie), l'orifice vésical restant souvent petit et dissimulé dans les replis de la muqueuse, il fut introuvable dans les deux observations de Chavannaz, dans les deux de Violet et celle de Muller.

Les dangers qui pourraient consister dans l'éclatement de la poche purulente seront évités, si on a le soin d'injecter la solution bromurée en petite quantité et sans pression ; de même, on évitera tout phénomène d'irritation et de réaction inflammatoire si on procède avec douceur.

Pronostic.

Nous pouvons dire de suite que l'ouverture du pyosalpinx dans la vessie est une affection grave et d'un pronostic réservé, il découle de notre statistique (57 cas) que :

1° Dans les formes non traitées, la mortalité atteint 29,4 % : 5 morts sur 17 cas.

2° Dans les formes traitées, la mortalité s'abaisse seulement à 22,5 % : 9 morts sur 40 cas. Gras donne 24 % dans sa thèse.

La gravité de l'affection vient de ce fait que la fistule a peu de tendance à guérir spontanément, elle est elle-même la complication d'abcès qui récidivent souvent, et Delbet avait raison de traiter d'abcès aggravés ces collections ouvertes dans la vessie. On peut expliquer cette persistance à la fistulisation par le fait qu'il existe d'une part un bas-fond d'où le pus ne sort jamais complètement et d'autre part il filtre toujours un peu d'urine qui entretient l'inflammation dans la poche purulente.

Cependant on observe quelques cas de guérison spontanée dans les formes où les abcès ont évolué d'une façon aiguë : trois guérisons sur trois cas de collection d'origine puerpérale, une guérison et deux améliorations sur trois cas d'origine gonococcique, une amélioration dans une association microbienne. Alors la pyurie qui a provoqué le soulagement cesse d'elle-même, en même temps que l'état général s'améliore.

Le plus souvent il n'en est pas ainsi, les crises douloureuses, après des rémissions plus ou moins longues succè-

dent aux crises, un état cachectique s'établit et la mort survient. Delbet prétend que la mortalité atteint 58 % dans les cas de suppurations laissées à elles-mêmes. Nous obtenons 50 % pour les cas d'origine puerpérale qui paraissent être les plus graves, trois morts sur six cas, et 30 % pour les collections prises en bloc, que leur origine soit puerpérale, gonococcique ou polymicrobienne : trois morts sur dix cas. Un traitement précoce et bien conduit abaisserait la mortalité à 24 % d'après Gras. Dans notre statistique, nous observons seulement une mort sur six cas à évolution rapide suivis de traitement chirurgical.

Le pronostic est aussi sombre dans les formes à évolution lente, gonococciques ou puerpérales, en effet nous observons huit morts sur vingt-huit cas traités et non traités (soit 28 % de mortalité). Quand la tuberculose est à l'origine on a un pourcentage de 23,5 % : 3 morts sur 13. Nous devons même supposer que ce pourcentage est au-dessous de la vérité, car beaucoup de malades quittent l'hôpital améliorées dans une période d'accalmie restant toujours sous la menace d'une nouvelle poussée infectieuse. Dans cette dernière variété, on ne peut en effet considérer la fistule comme une voie d'évacuation de la collection purulente, mais plutôt comme un processus d'invasion de la tuberculose, la lésion tubo-ovarienne se conduisant comme un abcès froid qui se propage au voisinage et y apporte ses microbes.

En somme, les complications qui pourront survenir seront dues aux agents pathogènes s'infiltrant vers d'autres organes ou transportés vers eux au moyen de la fistule.

C'est ainsi que la vessie qui primitivement ne présente aucune lésion peut finir par offrir des lésions de cystite et notamment de cystite tuberculeuse secondaire aux lésions annexielles (Obs. de Violet). Ces lésions vésicales secondaires peuvent se compliquer elles-mêmes par infection

ascendante de pyonéphrose et pyélonéphrite (cas de Michaux cité par Lafourcade), de tuberculose rénale.

On a vu des collections purulentes pelviennes d'origine polimicrobienne provoquer des abcès du rein, de la rate (Muller). Il arrive assez souvent que la fistulisation se propage au rectum, au vagin (7 fois sur 57) ; l'infection qui s'étend d'elle-même ou l'obstruction du premier trajet en étant une cause favorisante. (Ob. VII et VIII).

Des hématuries graves et persistantes ont été exceptionnellement observées. (Un cas de Duncan).

Si la résorption se fait du côté de la cavité pelvienne, on verra la malade faire de la péritonite ou mourir de septicémie ou de cachexie. (Obs. IV).

Traitement.

Certains auteurs prétendaient que l'ouverture spontanée du pyosalpinx était un mode de guérison. (Von Warcker, Terrillon, Beutter. Nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de cette opinion, seules les formes à évolution rapide qui n'ont pas encore permis aux organes d'avoir subi des lésions profondes, ont tendance à la guérison à la suite de l'évacuation spontanée consécutive à la fistulisation : 3 cas de guérison sur 6 par infection puerpérale.

Par contre, l'expectative serait funeste dans les cas où la suppuration et les accidents inflammatoires remontent à des mois, des années. Là, il faut considérer la fistulisation comme une aggravation susceptible d'entraîner une infection ascendante et la cachexie ; par conséquent, il faut un traitement chirurgical actif qui augmente considérablement le pourcentage de guérison, notamment dans les cas où la tuberculose est à l'origine (4 cas de guérison sur 9, alors que sur 4 cas non traités on n'obtient aucune guérison).

Nous mentionnerons seulement comme moyens insuffisants et aveugles, la taille vaginale, la colpotomie, la ponction de Laroyenne, l'incision simple abdominale, l'hystérectomie vaginale. A plus forte raison, nous bannirons la taille vésicale hypogastrique qui serait seulement utile dans les cas de cystite intense, ce qui, nous l'avons vu, est excessivement rare, puisque en général la vessie n'est pas touchée.

De nos statistiques, il ressort que la mortalité est de :

1° Pour *l'hystérectomie vaginale* : 33 % (2 morts sur 6 cas) ; l'infection était d'origine puerpérale, où ce traitement paraît dangereux.

2° *Incision vaginale et ponction de Laroyenne*, 22,2 % (2 morts sur 9 cas). Cette opération paraît convenir particulièrement aux infections d'origine gonococcique.

3° *Incision abdominale simple* : 22 % (2 morts sur 9 cas); donne surtout des succès dans les cas puerpuéraux. Se complique de fistules abdominales.

4° *Laparatomie avec hystérectomie* (3 morts sur 14 cas) 22,5 %; convient surtout aux formes tuberculeuses. Se compliquent souvent de fistules abdominales ou vaginales (3 fois sur 13).

Nous envisagerons comme possible et la plus utile seulement la laparatomie par voie haute, suivie d'hystérectomie sub-totale. C'est la méthode de choix parce qu'elle permet de mieux voir et de mieux faire. On enlèvera évidemment les annexes qui sont le foyer d'infection et par suite l'utérus devenu inutile et dangereux, si on le juge, on placera un drain qui ressortira par le vagin.

Pour s'assurer de la place du trajet fistuleux, on pourra recommander l'injection d'un liquide aseptique par la vessie, cette injection pourra du reste rester sans résultat, le trajet s'étant oblitéré pendant une période d'accalmie et se réduisant à un simple cordon fibreux réunissant la vessie à la trompe (Obs. IV, VII, VIII).

La lésion vésicale que deviendra-t-elle ? Quel sera son traitement ? Si la fistule urinaire est toute petite, on peut la négliger en ayant soin seulement de la laisser au-dessous du péritoine provoquant en quelque sorte son exclusion.

Si la fistule est de quelque importance, on devra aviver les bords de l'orifice, retourner la muqueuse et suturer en deux plans. On éprouve quelquefois de grandes difficultés pour faire une bonne suture ; les tissus vésicaux étant altérés par l'infection.

Mais si la laparatomie est la méthode de choix, il ne faut pas oublier que c'est une opération importante shockante, et qui présente des dangers (Obs. VIII). Nous

savons déjà que, dans ces cas de suppurations interminables, nous trouverons dans la cavité pelvienne, d'une part, des organes enflammés, des anses intestinales (dans la tuberculose) distendues, de couleur rose pâle et agglutinées par des fausses membranes, d'autre part des adhérences molles et friables ou bien des brides rigides accolant intimement les trompes à la vessie, à l'intestin et quelquefois à l'S iliaque et à l'excavation.

La libération peut provoquer des hémorragies, une péritonisation de certaines portions de l'intestin et même des perforations intestinales ; elle causera aussi la déchirure de la poche de l'abcès intratubaire d'où les dangers de la péritonite consécutive à l'opération. De même, la vessie enflammée et friable sera susceptible de se déchirer sous l'influence des tiraillements, cas de M. Duvergey et Loubat dont l'observation a pu être reconstituée (Obs. V et IX). On a vu aussi la dilacération exposer à l'ouverture de plexus veineux et provoquer ainsi une infection généralisée avec embolies septiques.

Il nous reste maintenant à parler d'une dernière méthode de traitement qui fut celle pratiquée par M. Duvergey et son interne M. Dax, et qui pourrait trouver ses indications tout au moins chez les malades dont l'état général ne peut supporter les frais d'une laparotomie.

Cette méthode est l'aboutissant logique du mode d'exploration que nous avons appelé salpingographie. La malade qui fait l'objet de notre Observation I étant très déprimée, présentant un état général très mauvais, on avait tout lieu de craindre les résultats funestes de la laparotomie. On décida donc d'injecter dans son trajet fistuleux une solution de nitrate d'argent à 1 % ; 4 cc. de cette solution y furent poussés doucement à l'aide d'une sonde urétérale. Dès cette première injection, les phénomènes s'amendèrent, le pus diminua rapidement ainsi que la tumeur annexielle ; à peine sent-on à l'heure actuelle, au toucher

vaginal, le cul de sac un peu moins souple que normalement. L'état général s'est sensiblement amélioré. Ce traitement qui a été expérimenté une seule fois et avec succès semble exercer son action en désinfectant la poche et en cicatrisant ses parois; il sera possible chaque fois que la salpingographie aura pu être pratiquée. Il semble avoir deux indications bien nettes.

1° Il pourra hâter la guérison d'une fistule survenue spontanément à la suite d'une première crise aiguë, et semblant évoluer favorablement ;

2° Il pourra, chez les malades très affaiblies, sinon donner la guérison complète, du moins contribuer à une amélioration qui permettra une intervention future dans de meilleures conditions. L'avantage de ce traitement est de ne présenter aucun danger et de ne pas fatiguer les malades. Aucune réaction thermique chez la malade de M. Duvergey.

Comme pour la salpingographie, le liquide injecté devra toujours l'être avec douceur et sans pression; le nitrate d'argent à 1 %, le collargol à 1 %, l'huile goménolée à 1 pour 10, le liquide de Calot, semblent les plus indiqués et conviendront parfaitement dans les cas d'abcès froids où ils joueront pour ainsi dire le rôle d'agents modificateurs.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY au sujet d'une malade qu'il a traitée dans son Service de l'Hôpital Saint-André, assisté de son interne, M. DAX).

Pyosalpinx d'origine probablement tuberculeuse ouvert dans la vessie.

Cystoscopie. Cathétérisme de la fistule. Salpingographie. Injection au nitrate d'argent à 1/100. Évolution vers la guérison.

C. Fernande, 34 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-André, le 28 février 1922, salle 8, dans le service du Professeur Villar pour fatigue générale et cystite.

Père mort à 48 ans d'affection respiratoire chronique. Une sœur sujette à des bronchites à répétition. Aucun antécédent personnel. Mariée en 1912, a eu deux enfants.

En février 1922, les mictions deviennent fréquentes ; l'urine devient trouble. Jusqu'alors, la malade n'avait que deux mictions par 24 heures ; elle en a eu dix depuis février ; de plus, la miction s'accompagne de brûlures au méat. Les pertes blanches peu abondantes deviennent plus importantes.

Brusquement, le 28 février 1922, les urines deviennent extrêmement épaisses et troubles, les leucorrhées franchement jaune verdâtres. Pas de douleurs abdominales. Pas d'hématurie.

Urotropine, tisanes. Lavages vésicaux au nitrate d'argent. Aucune amélioration dans l'état local et dans l'état général n'étant constatée, la malade est transférée salle 1, dans le service de M. le Professeur agrégé Duvergey.

Examen. — A son entrée, le 9 avril 1922, femme excessivement affaiblie et amaigrie. Le bocal d'urine contient 600 gr. d'urine avec un dépôt de trois travers de doigt de pus verdâtre. L'urine au-dessus est assez claire. Pas de fièvre.

Au toucher vaginal, utérus immobilisé par une gangue inflammatoire remplissant le bassin. Les annexes sont augmentées de volume surtout à droite où on les retrouve dans le cul de sac postérieur. Le tout est bloqué. Le toucher rectal donne les mêmes renseignements ; il permet de sentir une volumineuse tumeur salpingienne droite plaquée contre la paroi postérieure de la vessie et se continuant vers la partie externe de l'excavation.

L'exploration des reins et des urètres ne révèle rien d'anormal.

Sommets pulmonaires suspects.

Le 10 avril 1922, analyse d'urine : albuminurie 1 gr. 50, pyurie à polynucléaires, streptocoques, colibacilles.

Pas de bacille de Koch.

Azotémie : 0 gr. 65.

Le 14 avril 1922 : cystoscopie.

Capacité vésicale : 80 cc. Vessie rouge, très vasculaire, très sensible. Orifice de l'uretère gauche sain, admettant facilement une sonde n° 14 qui monte sans arrêt jusqu'au bassin ; le droit est tout petit et ne peut être cathétérisé. En arrière du muscle inter-urétéral, la paroi vésicale est tomenteuse, irrégulière et à deux centimètres derrière l'embouchure de l'uretère droit, on découvre assez difficilement, car cette partie de la vessie s'éclaire mal, un orifice auquel aboutissent des plis rayonnés. Rien ne s'en échappe ; il est cependant cathétérisé et la sonde urétérale s'y enfonce de quatre centimètres.

Traitement général, lavages vésicaux. Le 19 avril 1922, diarrhée incoercible jugulée immédiatement par l'injection intra-veineuse de un demi centimètre cube de chlorure de calcium à 50 %.

Le 9 mai 1922, *cystoradiographie* au bromure de sodium à 30 %. Elle montre sur le côté droit de la vessie un trajet de quelques centimètres de longueur, conduisant à une cavité (ombre arrondie de la dimension d'une cerise). La longueur et la situation de ce trajet sont bien celles du trajet anormal cathétérisé antérieurement.

Le 27 mai 1922, *salpingographie*. Cathétérisme de l'orifice anormal avec le cystoscope à prisme. La sonde urétérale pénètre toujours de quatre centimètres seulement. Injection de 5 cc. de bromure de sodium. Radiographie, aucune réaction douloureuse ni thermique.

La radiographie pratiquée par M. le Docteur Labeau montre l'image de la trompe droite qui s'étend vers la partie externe de l'excavation pelvienne. Cette image est très nette.

31 mai 1922, instillation de 4 cc. de nitrate d'argent à





1 % dans la trompe droite par la voie vésicale à l'aide de la sonde urétérale.

A la suite de cette première instillation, amélioration très sensible, le pus n'existe plus dans le bocal. Les phénomènes vésicaux disparaissent, les lésions annexielles se réduisent de volume au toucher vaginal.

7 juin 1922, nouvelle cystoscopie. L'orifice de communication de la trompe avec la vessie paraît fermé, il ne peut être cathétérisé.

20 juin 1922, les lésions annexielles se réduisent. Pas de douleurs. Mictions : quatre dans les 24 heures. La pyurie a disparu complètement. Pas de fièvre. Amélioration de l'état général. L'urine atteint 1.000 cc. et même 1.500 cc. par 24 heures.

5 juillet. Malgré le bon état général de la malade et l'absence de pyurie, on pratique une nouvelle cystoscopie qui permet de cathétériser à nouveau le trajet fistuleux ; on injecte de nouveau 5 cc. de solution de nitrate d'argent.

Chez cette malade, quoique la présence de bacilles de Koch n'ait pas été mise en évidence par l'analyse d'urine et que le cobaye n'ait pas réagi à l'injection de ses résidus, il semble bien que la tuberculose doit être à l'origine de l'infection vésico-tubaire, il ne faut pas oublier en effet que souvent, les suppurations de ce genre sont amicrobiennes.

OBSERVATION II

(BULKE. — *In Belgique Médicale*, 8 janvier 1903.)

*Pyosalpinx volumineux ouvert dans la vessie. Diagnostic au cystoscope.
Extirpation. Guérison.*

Femme de 25 ans qui urine du pus depuis plusieurs mois, porte dans le ventre une volumineuse tumeur. A certains moments cette tumeur diminue de volume en même temps que la quantité de pus augmente dans les urines. Ce phénomène qui est constaté à diverses reprises fait songer à une collection péri-utérine se déversant dans la vessie. L'examen cystoscopique permet de reconnaître sur la paroi postérieure de la vessie un trajet fistuleux dans lequel il est possible de faire

pénétrer, sur une longueur de plusieurs centimètres, une sonde urétrale au moyen du cystoscope de Nitze pour le cathétérisme des uretères.

Traitement. Laparotomie. Il s'agit d'un pyosalpinx antérieur de la trompe gauche. Ablation, suture de la vessie. Guérison.

OBSERVATION III

(Charles BEUTLER dans *Archives génér. de Médéc.*, 1905, p. 590.)

Pyosalpinx ouvert dans la vessie. Évacuation spontanée. Amélioration.

Jeanne H..., 22 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, le 15 juin 1904 pour des phénomènes abdominaux datant de quinze jours.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ni personnels ; jamais de grossesse ni de fausse couche.

Depuis cinq mois environ, augmentation des pertes blanches qu'elle avait depuis longtemps déjà ; depuis la même époque, douleurs abdominales peu intenses et sans localisation précise.

Il y a quinze jours, douleur très vive et très brusque dans la fosse iliaque droite, en même temps la malade se mit à vomir : pendant trois jours les vomissements et la douleur persistèrent, le ventre était ballonné et sensible à la pression. La température, qui dès le début avait atteint 40° se maintint aux environs de 39°, pendant une dizaine de jours. Ce n'est que depuis trois jours que l'état général s'est un peu amélioré. A l'entrée, l'abdomen est encore un peu ballonné ; pas d'empâtement bien net dans la fosse iliaque droite. Douleur assez exactement au point de Mac Burnay. Par le toucher vaginal, on ne sent absolument rien dans le cul de sac latéral droit, ni dans le cul de sac antérieur. Le cul de sac gauche est un peu tendu, les annexes du même côté sont douloureuses et tuméfiées.

Leucorrhée abondante. Température : 38° 1.

La malade reste quelques jours dans le service sans présenter de phénomènes nouveaux.

Le 30 juin, douleurs excessivement vives bilatérales, mais

surtout à gauche, et irradiées assez nettement sur le trajet des uretères. La température qui était devenue normale remonte à 39°.

Le 2 juillet, les douleurs persistent et deviennent lancinantes, le thermomètre marque 40°2, le toucher vaginal révèle une volumineuse collection occupant le cul de sac latéral gauche et toute la moitié gauche du cul de sac antérieur.

Ces symptômes restent stationnaires pendant trois jours, l'état général semble s'aggraver, lorsque dans la nuit du 4 au 5 se produit une amélioration brusque et une atténuation notable des phénomènes douloureux, presque aussitôt besoin impérieux d'uriner et la malade émet des urines purulentes et fétides.

Le lendemain matin, l'amélioration persiste ; la tuméfaction pelvienne a diminué de moitié. La température est de 38°5. Le 21 juillet, la malade quitte l'hôpital, souffrant encore un peu du ventre et avec des urines légèrement troubles ; la tuméfaction a encore diminué. Elle continue à souffrir du côté gauche et à uriner trouble jusque vers le milieu du mois d'août.

Le 7 octobre, elle revient à l'hôpital, réclamant une intervention, mais pour des douleurs siégeant dans la région appendiculaire. L'appendicectomie montre un appendice un peu épaissi mais avec peu de lésions histologiques.

Enfin, le 25 octobre, la malade quitte de nouveau le service ; elle ne souffre absolument plus du côté gauche. Ses urines sont très claires. Au toucher, on ne trouve plus qu'une petite masse dure et non douloureuse sur le côté gauche de l'utérus.

Actuellement, 15 janvier, six mois par conséquent après l'irruption du pus dans la vessie, la malade se porte bien et n'éprouve aucune douleur abdominale. Au toucher les annexes gauches sont bien encore un peu empâtées, mais bien moins tuméfiées que lors du premier examen ; elles ne sont nullement douloureuses.

Cette observation laisse supposer que la collection purulente venait des annexes gauches, l'examen clinique ainsi que l'examen histologique d'un appendice sain l'ayant démontré.

Une association microbienne en était probablement l'origine, aussi l'évolution a-t-elle été rapide et la fistulisation à travers la vessie un mode favorable d'amélioration. Nous avons cité cette observation pour montrer dans quels cas seulement l'ouverture à la vessie peut amener la guérison.

OBSERVATION IV

(MULLER et PETITJEAN, *Gazette des Hôpitaux*, 1908, p. 819.)

Pyosalpinx à évolution lente ouvert dans la vessie. Hystérectomie sub-totale.

Mort.

T..... Marie-Louise, 38 ans, artiste lyrique, entre le 19 août 1907 à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs qu'elle dit être des coliques néphrétiques.

Son père est mort de lithiase biliaire ; sa mère de maladie de cœur, consécutive à un rhumatisme. Personnellement jamais eu de grossesse. Elle dit avoir toujours été malade. A quatre ans elle eut la diphtérie, à huit une bronchite, à douze la typhoïde, à seize une conjonctivite suivie de kératite. Vers la même époque, elle eut ce qu'elle appelle des rhumatismes. Pendant sept mois, elle garda un œdème unilatéral du membre supérieur et du membre inférieur gauche. Cet œdème ne prédominait du reste pas aux articulations. Elle prit pourtant beaucoup de salicylate qu'elle supportait mal.

A dix-huit ans, fluxion de poitrine. A vingt-trois ans congestion pulmonaire et douleurs lombaires. Un médecin parla de coliques néphrétiques. Elle ne sait comment étaient ses urines. Après quarante jours environ de repos au lit, elle se leva, ne souffrant plus. Quelques mois après nouvelles douleurs lombaires sans irradiations. La malade fut à ce moment soignée pour rhumatisme viscéral. Pendant cinq ans elle eut ainsi, à intervalles plus ou moins réguliers, des douleurs plus ou moins intenses, des sensations de brûlures dans les reins, durant quelques jours à quelques semaines.

Il y a dix ans, elle souffrait déjà depuis un ou deux jours de douleurs avec irradiations du côté du bas-ventre, quand elle fut prise brusquement d'une douleur violente l'obligeant à se courber en deux, puis à se mettre au lit. Cette douleur

s'accompagna de vomissements. Son siège cette fois était plus abdominal que lombaire. Elle irradiait vers la cuisse, avec son maximum dans le flanc gauche. Les crises douloureuses se renouvelèrent pendant quatorze jours. Elles se terminèrent au bout de ce temps par de la pyurie. Les urines troubles non sanglantes ne contenaient pas de gravier. Pendant sept mois, les mictions, sans être fréquentes ni douloureuses, rejetèrent du pus. Des lavages vésicaux furent tentés sans résultat. Enfin, sept mois après, les urines s'éclaircirent peu à peu.

Depuis tous les douze ou quinze mois, la malade a souffert pendant quelques jours ou quelques semaines de douleurs abdominales. En général, depuis quelque temps ce maximum de la douleur est nettement au niveau de l'abdomen. Les urines sont ordinairement limpides.

A l'examen, la malade qui souffre presque continuellement depuis huit jours, est très abattue. De temps en temps un paroxysme douloureux la fait pâlir. Elle ne vomit pas. L'état général n'est pourtant pas mauvais. L'examen des poumons, du cœur, de l'appareil digestif est complètement négatif. Le température est normale. Les urines sont limpides de quantité et d'aspect absolument normaux, elle ne contiennent pas d'albumine.

Les examens des organes génito-urinaires permettent de faire des constatations intéressantes. La palpation de la région rénale et de l'abdomen ne révèle rien d'anormal à droite. A gauche tout le flanc est douloureux. La fosse lombaire se laisse peut-être un peu moins bien déprimer que du côté opposé, mais on ne sent pas le rein. Dans la fosse iliaque gauche la palpation éveille de la douleur et de la défense de la paroi. En combinant le toucher abdominal au palper on sent à droite un cul de sac libre. A gauche, le cul de sac antéro-latéral est saillant et dur. L'utérus paraît un peu gros en antéverson. Accolée à lui, on sent une masse qu'il est possible de délimiter. Elle siège à gauche, est de consistance dure, du volume d'une orange. Elle devient très douloureuse dès qu'on cherche à la mobiliser. La malade dit avoir toujours été réglée régulièrement, n'avoir jamais eu de métrorragies ni pertes blanches.

23 août 1907. Les premiers jours de séjour à l'hôpital, les urines étaient d'apparence normale sans albumine. On cons-

tate aujourd'hui un épais dépôt blanchâtre formé de globules de pus dans les urines de 24 heures. Pas de globules rouges. Après filtration, on constate aussi un très gros disque d'albumine.

La malade dit se trouver beaucoup mieux ce matin et raconte qu'elle a eu la nuit « une sensation de contraction douloureuse de la vessie » et s'est mise à uriner du pus.

27 août. La pyurie continue. Les douleurs ont disparu ; aucun phénomène fonctionnel du côté de la vessie. Les mictions ne sont nullement fréquentes, nullement douloureuses. La malade est sondée. La vessie contient 200 grammes. Les urines sont limpides au début, les dernières gouttes formées de pus franc. La pyurie est nettement terminale.

Le toucher vaginal quotidien a permis d'assister à des modifications nettes de la tumeur sentie dans le petit bassin. Cette tumeur qui accolée à l'utérus était dure, de consistance presque fibreuse, est actuellement nettement diminuée de volume, à contours peu nets, difficile à délimiter d'une façon précise. La malade ne souffre plus.

La radiographie des reins est négative. On porte le diagnostic de pyosalpinx ouvert dans la vessie ; un examen cystoscopique est négatif et ne permet de déceler aucun orifice fistuleux vésical. D'autre part, au cours de ces débâcles purulentes le pus vésical, recueilli aseptiquement par cathétérisme, fut inoculé à plusieurs reprises à des cobayes. Aucun ne fut tuberculisé.

Opération, pratiquée le 3 septembre 1907 par M. le Docteur Muller. Laparatomie sous-ombilicale. On trouve le cavum rétro-utérin comblé par les annexes qui forme une masse irrégulière adhérente à l'utérus et aux parois du petit bassin. On pratique l'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes. Une injection est poussée dans la vessie, mais on ne voit s'écouler aucun liquide dans le petit bassin. Il est impossible de constater un orifice vésical quelconque.

L'examen de la pièce montre que la masse inflammatoire formée par les annexes est constituée pour la plus grosse part par un pyosalpinx gauche, à contenu séro-purulent. Il est impossible de retrouver sur la pièce un trajet fistuleux communiquant avec la cavité de la trompe.

Suites opératoires. — Les suites immédiates sont bonnes, aucune réaction péritonéale, plaie cicatrisée en une dizaine de jours. Mais le septième jour, elle présenta un violent point de côté gauche, fut prise de dyspnée subite avec coloration asphyxique des muqueuses et téguments. Pas d'expectoration sanglante. A l'auscultation, quelques râles sous-crépitaux.

La température monte brusquement de 38 à 40°5. Dans les huit jours suivants, la malade présente une série de crises semblables, la prenant surtout la nuit et coïncidant avec une température oscillant de 38 à 40°. Le pouls marche de pair et monte jusqu'à 140 et 150° au moment des crises. Le treizième jour, chute brusque de la température à 36° 6. La malade reste un jour apyrétique avec un pouls à 90°. La température remonte le quatorzième jour et présente pendant près d'un mois une courbe assez régulière : 38° le matin, 39° le soir.

Les crises avec points de côté et dyspnée ont à peu près cessé.

A l'auscultation, matité à la base droite, avec diminution du murmure. Une ponction permet de retirer 200 à 300 gr. de liquide séreux.

Etat général de la malade très mauvais ; elle est exténuée, somnolente dans son lit, n'a pas d'appétit. Les urines examinées sont restées troubles, chargées de mucus et de pus ; quantité journalière d'urines : 1.000 à 1.200 cc.

Le 13 octobre 1907, quarante jours après l'intervention, deuxième chute brusque de la température de 38°4 à 35°8 ; la malade reste deux jours en hypothermie à 35°8. Puis la température remonte à 38° et reste irrégulière, en crochets, 40° le soir, 37° le matin, jusqu'à la mort qui survient à la fin du mois. Le pouls suit la température. La malade se sent de plus en plus exténuée, elle a des frissons fréquents ; une coloration violacée des extrémités et des muqueuses. Elle accuse du côté gauche, vers la base du thorax, un point douloureux constant.

La malade meurt le 30 octobre, deux mois après intervention. Autopsie : Péritonisation parfaite.

Arbre urinaire. Uretères difficiles à disséquer, étant plongés dans une gangue scléreuse dans leur trajet pelvien ; dans leur trajet abdominal, ils ont leur calibre normal. Les reins sont extérieurement de volume et d'apparence normale. Vessie ;

présente muqueuse un peu rouge, mais souple, sans lésion apparente. Orifices des uretères normaux, mais à deux centimètres au-dessus de l'orifice de l'uretère gauche, la paroi vésicale est percée d'un orifice large comme une grosse lentille, arrondi à bords minces et cicatriciels représentant une perte de substance. Cet orifice est certainement celui du trajet qui faisait communiquer la vessie avec la collection salpingienne.

Pourquoi cet orifice ne s'est-il pas révélé au moment de l'intervention, lorsqu'on a injecté la vessie ? Il est probable qu'il devait rester à ce moment une portion plus ou moins considérable du trajet fistuleux attendant à la vessie, trajet fistuleux dont les parois accolées ont dû s'opposer à la sortie du liquide vésical. Ce trajet fistuleux devait exister vraisemblablement vers l'union de la face postérieure et inférieure de la vessie, dans le tissu cellulaire de la zone du ligament large entourant l'isthme et le col utérin.

Ce trajet fistuleux devait d'autre part communiquer avec la cavité salpingienne à travers des adhérences péritonéales qui ont soudé le pyosalpinx gauche au feuillet postérieur du ligament large.

Reins : rein gauche intact. Pas de dilatation des calices ni du bassinet.

Rein droit : présente abcès chaud, rempli de pus jaune et épais en plein parenchyme ; le reste du parenchyme est normal.

Rate : possède un gros abcès identique à celui du rein.

OBSERVATION V

(VIOLET et CHARLIER. *Rev. de Gynéc. et Chir. abdominale*, 1909, t. XIII, p. 576.)

Pyosalpinx d'origine gonococcique à évolution. Hystérectomie.

Suture de la vessie. Guérison.

Augustine Bonn, 37 ans, entre à la Charité, le 5 juin 1905. Mariée à 25 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Réglée à 16 ans, toujours irrégulièrement. N'a pas eu ses règles depuis décembre dernier. Il y a quatre ans, salpingite droite qui dura

trois mois. Il y a trois ans, la malade fut soignée pour tuberculose pulmonaire et envoyée au sanatorium d'Hauteville.

Elle entre pour des douleurs abdominales datant d'un an surtout localisées à droite.

Elle n'accuse aucun trouble fonctionnel urinaire. Ses urines cependant renferment du pus.

Au toucher, col utérin refoulé en arrière par une masse dure-médiane, très douloureuse, qui bombe dans le vagin, et qui est indépendante de l'utérus, qu'elle entoure plus ou moins.

Aux poumons, ramollissement du sommet gauche, induration du sommet droit.

Petites poussées thermiques le soir. Opération le 17 juin 1905 (Violet). Laparatomie médiane sous-ombilicale. Après incision du péritoine, on tombe sur des adhérences très nombreuses. Les anses intestinales adhèrent en avant avec la vessie et un peu au péritoine pariétal antérieur. On arrive cependant à amorcer le décollement. On détache ainsi trois ou quatre adhérences intestinales, l'une d'elle offrait une longueur d'environ 10 centim. sur 2 centim. de large. Peu à peu on creuse ainsi le pelvis, et l'on aperçoit une adhérence terminale qui n'est autre que l'appendice. On le sectionne à sa base, avec le thermo-cautère, entre deux ligatures et on le laisse adhérent à la masse annexielle droite que, dès lors, on cherche à libérer. Pour se rendre compte d'abord de la situation de l'utérus, on reprend le décollement antérieur. On crève tour à tour aux ciseaux deux poches kystiques, bleuâtres à contenu séreux. En avant, le doigt pénètre brusquement, à un moment donné et sans effort dans une cavité à parois friables ; il s'agit d'une perforation vésicale, dont on repère les deux lèvres avec des pinces en cœur. On continue le décollement. Au cours de celui-ci la poche droite se rompt, il s'écoule une assez grande quantité de pus mal lié. On fait ensuite la libération des annexes gauches, puis l'amputation supra-vaginale de l'utérus. On arrive à l'orifice de perforation vésicale, qui présente des lèvres épaisses, friables, ulcérées en certains points, tapissées ailleurs de bourgeons chair d'huître. La muqueuse vésicale nous apparaît à ce moment tout entière, et on la voit lisse, à peine plus vascularisée qu'à l'ordinaire ; l'on en fait la suture en deux plans au catgut. On effondre le cul de sac postérieur au dila-

tateur gouttière et l'on draine par là au moyen d'une compresse pliée en deux; on s'assure que les anses intestinales décollées ne présentent rien d'anormal et on ferme la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Légère réaction les jours suivants (pouls à 120°, température à 38°, pas de ballonnement du ventre. Le cathétérisme est pratiqué trois fois par jour.

Miction spontanée le 21, selle spontanée le 22. Le 24 juin on enlève la mèche vaginale et on constate une suppuration de la paroi ne dépassant pas le tissu cellulaire.

La malade sort le 20 juillet.

Examen des pièces. — Trompe droite et appendice étroitement unis, appendice a une muqueuse légèrement nécrotique, la trompe possède une muqueuse entièrement rougie et d'aspect rougeâtre.

Trompe gauche, bosselée non kystique à paroi épaissie. Muqueuse nécrotique. Les lèvres de la perforation vésicale reséquées sur tout le pourtour, sur une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi, présentent un aspect rougeâtre œdématisé, chair d'huître reposant çà et là sur une base infiltrée, d'aspect lardacé à la coupe. Sur les bourgeons on ne peut reconnaître les tuniques de la paroi vésicale.

Examen histologique. — Appendice : parois épaissies infiltrées, parsemées de points nodulaires péri-vasculaires à cellules rondes. Nulle part on ne trouve de trace de lésions bacillaires spécifiques.

Trompe droite : malade dans toute son épaisseur. Muqueuse infiltrée avec cellules rondes et épithélioïdes. Quelques formations pseudo-glandulaires et surtout nombreuses cellules géantes isolées ou au milieu de follicules plus ou moins caséifiés.

Les bourgeons de la paroi vésicale sont nettement tuberculeux au milieu d'une grosse infiltration embryonnaire ou de foyers de nécrobiose.

Suites éloignées. — En mars 1908, trois ans après sa castration, la malade va bien. Etat général satisfaisant. Lésions pulmonaires ont rétrocedé. Appétit excellent, poids stationnaire, aucune élévation thermique depuis six mois. Au toucher on ne sent aucun exsudat pelvien.

Du côté de la vessie, les mictions sont faibles quoique un

peu fréquentes et quelquefois légèrement douloureuses. Les urines sont claires.

Rien d'anormal du côté des reins.

OBSERVATION VI

(REYMOND, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 350.)

Pyosalpinx dû au bactérium coli. Cathétérisme du trajet fistuleux.
Suites ignorées, probablement bonnes.

Le 4 janvier 1892, M. C. . . , âgée de 24 ans, entre dans le service de M. le Professeur Guyon : elle est couchée au lit 19, salle Laugier. La malade a été bien portante jusqu'à 18 ans, époque à laquelle elle eut une fièvre typhoïde.

A 20 ans, elle se marie, elle avait depuis quelque temps des pertes blanches assez abondantes. Les premiers temps de son mariage, les premiers rapports avec son mari lui causaient de vives douleurs dans le bas-ventre du côté droit ; on ne trouve à ce moment que des signes peu accentués d'infections des organes génitaux. Quelques pertes blanches et des douleurs à la pression abdominale du côté droit.

Cinq semaines après son mariage, elle ressent quelques douleurs en urinant, les mictions sont à peine plus fréquentes : l'urine à peine trouble ; ce sont là les seuls signes de cystite qu'ait jamais présenté la malade : ils ont précédé de quelques jours l'ouverture du foyer purulent dans la vessie.

Un matin la malade ressent une violente envie d'uriner ; elle s'aperçoit que ses urines contiennent un flot énorme de sang avec du pus.

Depuis près de quatre ans la salpingite n'a pas cessé un jour de vider du pus dans la vessie ; jamais il n'y a eu de symptômes de cystite. Elle a cependant été traitée pour un catarrhe de la vessie ; on fit alors des lavages boriqués qui ne purent amener aucune modification dans son état.

A son entrée à l'hôpital on constate que ses urines sont chargées d'une grande quantité de pus.

Les mictions ne sont ni douloureuses ni fréquentes : la malade n'urine que cinq fois par jour et ne se lève pas la nuit. La vessie ne paraît présenter aucune sensibilité anormale, soit qu'on la recherche par le toucher vaginal, soit qu'on introduise un explorateur dans l'organe. La distension vésicale permet d'introduire 400 grammes de liquide avant de déterminer aucun besoin d'uriner, 600 grammes avant qu'apparaisse la première gêne.

Le toucher vaginal permet de sentir le col utérin irrégulier, l'utérus en légère antéflexion, le cul de sac gauche libre, le cul de sac droit rempli par une masse dure qui se prolonge jusqu'à la face postérieure du pubis.

Examen endoscopique : la muqueuse vésicale avait en tous points sa couleur normale. A droite, au point correspondant dans la vessie à la masse dure qu'on sent dans le vagin, se voyait la fistule entre deux petites masses pâles, sorte de bourgeons charnus ; aucune trace d'inflammation autour de la fistule : l'orifice fistulaire révélait ordinairement sa présence par le pus qui en sortait, surtout lorsqu'on faisait appuyer sur l'abdomen de la malade ; le cathétérisme de la fistule a été fait à différentes reprises par M. Janet.

L'examen bactériologique fut fait et nous obtînmes des cultures pures d'un bâtonnet mobile ne liquéfiant pas la gélatine, tuant le cobaye en 24 heures par l'injection des cultures dans le péritoine, et présentant tous les caractères du *bactérium coli* commun virulent.

L'examen spectroscopique pratiqué avec l'instrument de Hénocque indiquait la présence du sang dans les urines.

Nous avons cru devoir publier cette observation dans notre thèse, car elle est intéressante au point de vue de son origine (*bactérium coli*), qu'on trouve rarement dans ces sortes de suppurations). De plus on trouve ici contrairement à l'habitude une vessie distendue et des urines teintées de sang au moment des règles.

OBSERVATION VII

(CHAVANNAZ., — Congrès de Chirurgie du 6 Octobre 1908.)

Pyosalpinx d'origine tuberculeuse ouvert dans la vessie et le rectum. Hystérectomie. Appendicectomie. Drainage. Guérison.

Marguerite X. . ., âgée de 39 ans. Femme vigoureuse, antécédents peu chargés. N'a eu que la rougeole à 17 ans. Réglée à 13 ans d'une façon normale jusqu'à ces dernières années. Il y a trois ans que la malade a commencé à avoir des pertes jaunâtres et qu'elle a souffert de l'abdomen, en septembre 1904 a été prise de fièvre, de frissons et de vomissements. Son médecin a alors constaté l'existence d'une tuméfaction dans le bas-ventre. Depuis cette époque, la santé a périclité, les frissons ainsi que les douleurs du ventre et des reins ont persisté.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, la malade s'est aperçue que ses selles contenaient du pus ; deux mois plus tard elle a constaté qu'elle rendait des gaz par l'urètre et que les urines étaient devenues purulentes. A l'entrée dans le service, ces évacuations de pus par le rectum et la vessie persistent ainsi que la pneumaturie. La température est un peu au-dessus de la normale.

Par la palpation on rencontre dans la fosse iliaque droite une masse qui dépasse de trois travers de doigt la symphise pubienne. Cette masse peu mobile et douloureuse à la pression se retrouve par le toucher vaginal et repousse l'utérus à gauche. Les annexes gauches ne semblent pas augmentées de volume.

Repos absolu et glace sur le ventre, la tuméfaction diminue un peu, mais l'évacuation de pus persiste. Les urines sont très purulentes, il y a de la pollakiurie diurne et nocturne. La pneumaturie se produit à chaque miction.

Laparatomie le 13 février 1907. Nous tombons immédiatement sur les annexes droites formant une poche du volume du poing adhérente à la masse intestinale, à l'appendice, à la vessie et aux parois pelviennes. La ponction de la poche ramène du pus fétide. Par le procédé américain, nous pratiquons l'hystérectomie subtotalaire en attaquant l'utérus par son bord gauche. Les annexes droites peuvent ainsi être extirpées. L'ap-

pendice fortement adhérent à la poche salpingienne, mais ne communiquant pas avec elle est reséquée. On voit, sur la face du rectum, au voisinage de sa limite supérieure, une perforation d'environ 5 millimètres de diamètre. Après avivement de ses bords, elle est suturée à la soie, suture difficile en raison de l'induration des parois rectales.

Dans la zone où la trompe adhère à la vessie, après décollement on ne voit aucune ouverture anormale; on injecte par l'urètre de l'eau stérilisée dans la vessie et on ne met ainsi en évidence aucune perforation du réservoir vésical.

Le petit bassin est tamponné, le moignon du col est thermocautérisé et la péritonisation est faite d'une façon complète en utilisant le mésocolon pelvien. La paroi abdominale est refermée par un triple rang de sutures, laissant passer à l'angle inférieur de la plaie un petit drain en caoutchouc. Une sonde de Pezzer est placée dans la vessie.

Les suites opératoires sont normales, il n'y a ni élévation de température ni fréquence du pouls. Les urines émises sont parfaitement limpides dès le premier jour.

Le 18 février, la mèche vaginale est retirée. Dans les jours qui suivent les gaz et les matières passent en petite quantité par le vagin, mais ces accidents s'arrêtent bientôt et la réunion de la plaie abdominale se fait par première intention. Le 22 mars, l'opérée quitte l'hôpital en parfait état, ayant beaucoup engraisé, ayant repris ses forces et urinant d'une façon normale. Ce bon état de santé s'est maintenu depuis. L'examen de la trompe pratiqué par M. le Professeur Sabrazès a montré qu'il s'agissait d'une altération tuberculeuse.

OBSERVATION VIII

(CHAVANNAZ. — Congrès de Chirurgie, 6 Oct. 1908.)

Pyosalpinx droit tuberculeux ouvert dans la vessie et le rectum. Castration utéro-ovarienne. Suture du rectum. Mort.

Maria X. . . , 28 ans, pas eu de maladies, mais a toujours été chétive. Régée à 13 ans normalement. A 20 ans, a eu une bronchite suivie d'hémoptysies. Mariée à 22 ans, a fait bientôt

après un avortement consécutif à une chute dans un escalier. Depuis a présenté des symptômes de métrite.

En février 1908, Maria X... perd ses forces et son appétit. Ses règles deviennent moins régulières et le 6 avril, elle est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre avec fièvre, frissons, vomissements, tendance à la syncope. Bientôt après, elle constate qu'elle rend des gaz en urinant ; les mictions deviennent très fréquentes et douloureuses, une diarrhée profuse se montre. La température oscille entre 37° et 38°. A son entrée à l'hôpital, la malade est très pâle et amaigrie, état précaire.

Au palper, dans le côté droit du ventre on trouve une tuméfaction tenant toute la fosse iliaque et remontant au voisinage de l'ombilic. Cette tuméfaction a des contours irréguliers et est douloureuse à la pression. Au toucher, le col utérin est en avant, le corps en arrière et à gauche. La tuméfaction abdominale se retrouve dans le petit bassin absolument fixée, très douloureuse à la pression et repoussant l'utérus sur la gauche. Les urines sont troubles et laissent par le repos un dépôt abondant de pus, l'analyse microscopique y décèle des particules végétales d'origine alimentaire. Une sonde de Nélaton est introduite dans la vessie, son extrémité étant plongée dans un vase plein d'eau, il sort des gaz et de l'urine. Cette évacuation gazeuse devient très abondante, si l'on vient à appuyer sur la région hypogastrique.

L'ophtalmo-réaction donne un résultat nettement positif. La malade est mise au repos, et la situation allant de mal en pis, on décide à intervenir, d'ailleurs sans grand espoir, la patiente étant très affaiblie.

4 juillet 1908 : laparatomie médiane. Le ventre ouvert, on trouve une masse du volume d'une belle pomme, adhérente à l'intestin grêle, au rectum, à la vessie et aux parois pelviennes. L'utérus est enlevé tout d'abord ainsi que les annexes gauches qui sont à peu près saines. Les annexes droites distendues par du pus, constituant la masse juxta-utérine, sont extirpées avec difficulté. On trouve sur la face antérieure du rectum, vers sa limite supérieure, une perforation d'une pièce de 2 francs, faisant communiquer l'intestin avec la cavité du pyosalpinx droit.

On ne peut mettre en évidence la perforation vésicale,

malgré la distension de la vessie par une abondante injection d'eau. Une mèche de gaze stérilisée sort dans le vagin à travers le cul de sac postérieur, après avoir été légèrement tassée dans le petit bassin.

En utilisant le colon pelvien et l'intestin grêle, on pratique une péritonisation complète au-dessus de la mèche. La paroi est refermée par un triple rang de sutures ménageant à l'angle inférieur de la plaie une place pour un petit drain caoutchouté. Une sonde de Pezzer est laissée à demeure. La malade est très affaiblie après cette opération qui a duré dix minutes. Dans la journée, elle émet des urines peu abondantes mais parfaitement claires. Malgré les injections de strychnine et de caféïne, le pouls va faiblissant et la malade meurt 24 heures après l'opération. La trompe avait microscopiquement les caractères d'un pyosalpinx tuberculeux.

L'auteur prétend que le trajet fistuleux vésico-salpingien n'a pas été rencontré parce que chaque fois il était probablement de très petite dimension avec une disposition valvulaire de l'orifice vésical qui aurait ainsi expliqué la non-pénétration dans le trajet du liquide injecté dans la vessie.

OBSERVATION IX (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY.)

Pyosalpinx d'origine gonococcique s'ouvrant dans la vessie. — Hystérectomie abdominale. Mort.

M^{me} B. . . , femme de 40 ans, entre à la salle 9, en septembre 1919. Elle se plaint de douleurs dans le ventre depuis longtemps, elle a eu des pertes abondantes et tachant le linge, en somme c'est une vieille histoire de métrite gonococcique.

Actuellement, elle présente des symptômes de dysurie sans cystite bien nette. Son urine est chargée de pus qui s'amasse au fond du bocal en couche épaisse.

Examen. — En palpant l'abdomen on trouve une tuméfaction sous-ombilicale sus-pubienne douloureuse. Le toucher vaginal révèle la présence d'une masse intra-pelvienne volu-

mineuse qui remplit le cul de sac antérieur; le toucher et la mobilisation de l'utérus sont douloureux.

Cystoscopie pratiquée par le D^r Drouin. La paroi postérieure de la vessie semble être soulevée par une masse, dans cette région la muqueuse est œdématisée.

L'opération fut pratiquée en septembre par M. Duvergey et Loubat. Hystérectomie abdominale : le pelvis est rempli d'adhérences. en dilacérant les annexes et en soulevant l'utérus une masse purulente adhérente à la vessie s'ouvre et provoque une déchirure de la vessie. La suture de la vessie se fait en deux plans en tissus altérés. On draine, le péritoine ayant été inondé par le liquide purulent.

La mort survient le deuxième jour qui a suivi l'opération.

OBSERVATION X (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Pousson.)

Pyosalpinx ouvert dans la vessie. — Laparatomie. — Ablation de la poche purulente. — Guérison.

Une jeune fille de 23 ans, pendant la guerre, entre dans le service de M. le Professeur Pousson, parce qu'elle urine du pus depuis quelque temps. Elle n'a pas de douleurs bien vives ni localisées. Son état général est assez bon. Elle n'a aucun passé pathologique et aucun symptôme qui laisse croire à une infection gonococcique antérieure. A l'examen, on ne trouve guère qu'un empâtement non douloureux dans la région annexielle droite.

La cystoscopie fut pratiquée, la muqueuse vésicale paraissait absolument saine ainsi que les orifices urétéraux. Le cathétérisme des uretères amena l'évacuation d'urine tout à fait limpide.

M. le Professeur Pousson pratiqua la laparatomie et l'ablation d'un abcès de la trompe accolé et communiquant avec la vessie. La vessie ne fut pas suturée.

Les suites opératoires furent bonnes, les urines redevenaient limpides ; chez cette malade, revue assez récemment, la guérison semble parfaite. On avait pensé à une origine tuberculeuse de l'affection, mais la présence du bacille de Koch n'a pu être décelée.

En plus des 10 observations détaillées et groupées dans notre travail, nous nous sommes servi pour établir nos statistiques des différentes thèses et travaux de Périmond, Fauverghe, Michaux, Gras, Hauras, Volle, Violet et Charlier, contenant 47 observations non douteuses de pyosalpinx ouverts dans la vessie, dont 26 furent suivies de guérison, 10 d'amélioration et 11 de mort. En voici le résumé succinct.

Thèse de Périmond (Lyon, 1896-97).

17 observations : 9 guérisons, 6 morts, 2 améliorations.

a) *Infection d'origine puerpérale* : 11 cas. Évolution rapide, 7 cas (obs. IX, X, XI, XXXII, XXXVI, XXXVII, LII). Évolution lente, 4 cas (obs. XIII, XXI, XLVIII, LVI).

Le traitement donne : 1° Dans les formes aiguës, 2 guérisons par l'incision abdominale simple, 1 par double ponction de Laroyenne. Dans les 4 cas non traité on observe 2 morts, 1 amélioration, 1 guérison.

2° Dans les formes lentes, 2 morts et 1 guérison par l'incision vaginale. Une malade non traitée, partie légèrement améliorée.

b) *Infection d'origine gonococique* : 3 cas. Évolution lente (Obs. XXX, XLVI, XLVII). Le débridement vaginal amène deux fois la guérison et la laparatomie simple laisse une fistule.

c) *Infection d'origine tuberculeuse* : 2 cas (obs. XIX et LI). Évolution lente suivie de mort une des malades seulement ayant subi une laparatomie simple.

d) *Infection due à une association microbienne* (obs. XXXIX). La guérison fait suite à une laparatomie avec drainage. Une ponction vaginale était restée sans effet.

Thèse de Fauverghe (Lille, 1901-02).

12 observations : 9 guérisons, 1 mort, 1 amélioration.

a) *Infection d'origine puerpérale* : 3 cas. 1° Évolution rapide (2 cas) obs. VI suivie de guérison sans traitement ; obs. VII suivie de mort sans traitement.

2° Évolution lente (1 cas) obs. XIV suivie de guérison après laparatomie et hystérectomie.

b) *Infection d'origine gonococique* : 8 cas. 1^o Évolution rapide (1 cas) obs. V, guérison apparente sans traitement.

2^o Évolution lente (7 cas) obs. I, suivie de guérison après la laparatomie médiane, obs. II et XII suivies de guérisons après l'hystérectomie vaginale ; obs. V et VIII non traitées suivies de guérisons, obs. IX une fistule vaginale persiste après la laparatomie avec suture de la vessie et drainage ; obs. XV et XVI suivies de guérison après l'incision vaginale.

c) *Infection d'origine tuberculeuse* : 1 cas. Évolution lente, obs. IV. La malade partit améliorée sans avoir subi de traitement chirurgical.

Thèse de Gras (Paris 1904-05)

10 observations : 3 morts, 3 améliorations, 4 guérisons.

a) *Infection d'origine puerpérale*. 1^o Évolution rapide. Obs. IV, la malade partit avec des urines troubles n'ayant reçu que des lavages de vessie à l'eau boriquée ; obs. XLVI suivie de guérison après une double ponction de Laroyenne.

2^o Évolution lente. Obs. L suivie de mort après l'hystérectomie vaginale.

b) *Infection d'origine gonococique*. 1^o Évolution rapide (2 cas). Obs. I, n'est pas traitée chirurgicalement, les débâcles purulentes continuent intermittentes ; obs. LIII fut traitée par la laparatomie, la suture de la vessie et drainage. Une fistule vaginale suppurant persista.

2^o Évolution lente (4 cas). Obs. L et LVIII, suivies de guérisons après l'hystérectomie vaginale ; obs. LII, donne une mort à la suite de la laparatomie ; obs. LIX, traitée par la laparatomie et suivie de guérison.

c) *Infection d'origine appendiculaire*. Obs. II, non traitée chirurgicalement fut suivie de mort.

Thèse de Volle (Lyon 1907-08).

3 observations : 1 guérison, 2 améliorations.

Infection d'origine tuberculeuse. 3 fois. Évolution toujours lente. La laparatomie avec hystérectomie amène 1 fois la gué-

ri son et 1 fois une amélioration, obs. II et III. Dans l'obs. IV la malade non traitée partit améliorée.

Violet et Charlier.

(*Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1909, t. XIII, p. 44.)

3 observations, 2 guérisons, 1 amélioration.

Infection d'origine tuberculeuse. 3 cas traités par la laparatomie suivie d'hystérectomie ; suivis de 2 guérisons et de 1 amélioration.

Michaux, cité par LAFOURCADE, thèse de Paris, 1893.

1 observation dont l'origine était puerpérale et qui fut suivie de mort après l'hystérectomie vaginale.

Thèse de Hauras (1910-11).

Une observation (XXXIX) tirée de VIANNAY (*Loire Médicale*, 1910). Infection d'origine puerpérale avec évolution rapide. Guérison après drainage abdomino-vaginal.

CONCLUSIONS

Les fistules vésico-salpingiennes sont consécutives à l'ouverture de collections tubaires se livrant passage à travers la vessie. C'est une affection rare et grave.

Leur origine est le plus souvent puerpérale, 19 cas sur 57; gonococcique, 21 sur 57, et aussi très fréquemment tuberculeuse, 13 sur 57; rarement dues au *bacterium coli*, une fois sur 57 et quelquefois à une association microbienne, 3 fois sur 57. La propagation de l'infection se fait par voie lymphatique, hémato-gène ou par voisinage, elle provoque l'inflammation et la nécrose des tissus circumvoisins.

Leur symptôme essentiel consiste dans une pyurie abondante d'emblée et soulageant la malade. Cette pyurie n'est pas accompagnée des phénomènes de cystite parce qu'elle est d'origine extra-vésicale et que la vessie résiste longtemps à l'infection. Elle apparaît après des symptômes violents dans la forme à évolution rapide, ou bien au contraire, sans être précédée de grosses réactions dans la forme à évolution lente.

Le diagnostic clinique est parfois difficile, les recherches doivent porter sur l'examen des annexes et celui de la vessie; il devra être éclairé des moyens d'exploration que nous avons à notre disposition, toucher vaginal, rectal, cystoscopie et surtout salpingographie qui devra être pratiquée chaque fois que le cathétérisme du trajet sera possible.

Le pronostic est toujours sérieux, quoique la guérison spontanée ait quelquefois lieu. La mortalité reste tou-

jours très forte, puisque nous avons un pourcentage de 29,4 % dans les cas non traités et un pourcentage de 22,50 dans les cas traités. Il ne faut pas oublier que ces malades restent sous la menace d'une cystite secondaire, d'une pyélonéphrite ascendante et finissent généralement dans la cachexie.

Le traitement de choix sera la laparotomie médiane sous-ombilicale avec ablation des annexes et de l'utérus, mais il est des cas où cette opération sera contre-indiquée, malade affaiblie, infectée. Alors le champ est ouvert à l'injection antiseptique dans le trajet fistuleux, pratiquée pour la première fois par MM. DUVERGEY et DAX. Il nous est impossible à l'heure actuelle d'affirmer la valeur de cette méthode, mais son premier succès nous la fait recommander et nous permet d'espérer, sinon des guérisons certaines, du moins des améliorations sensibles des lésions par un processus de cicatrisation directe. De plus l'état général de la malade en sera influencé favorablement.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

A. POUSSON.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 Juillet 1922.

Pour le Recteur de l'Académie.

Le Doyen délégué,

Dr C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRE. — Thèse de Bordeaux, 1911-12.
- BAZY. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie Abdominale*, p. 1059, 1900.
- BEUTTER. — Abscès pelviens ouverts spontanément dans la vessie. (*Annales générales de Médecine*, 7 mars 1905, p. 590).
- CASSANELLO. — *Zeitsch. f. Gynek. Urologie*, 1909, p. 196.
- CHAVANNAZ. — Congrès de Chirurgie, 6 octobre 1908.
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Gynécologie par FORGUE et MASSABUAU.
- LE DENTU. — *Gazette des Hôpitaux*, 1892, et *Nouvelles Archives d'Obst.*
- DOLÈRIS. — Congrès de Berlin, 1890.
- *Annales de Gynécologie*, 1890.
- *Nouvelles Archives d'Obst.*, 1891.
- DORBAN. — Urol. et cutan. (*Revue St-Louis*, 1916, t. xv, 601-606).
- FAURE (J.-L.). — Gynécologie.
- FAUVERGHE. — Contribution à l'étude de l'ouverture des pyosalpinx dans la vessie, Lille, 1901-02.
- FOLET. — Pyosalpinx antérieur ouvert dans la vessie. (*Écho Médical du Nord*, 1898, p. 615).
- FRISTCH traduit par MARS. — *Maladie des femmes*, 1902.
- GUYON. — Leçons de Clinique sur les maladies des voies urinaires.
- GOUILLOUD. — *Archives Provinciales de Chirurgie*.
- Congrès Français de Chirurgie.
- GRAS. — Des collections pelviennes suppurées ouvertes spont. dans la vessie chez la femme. (Thèse de Paris, 1904-05).
- IMBERT et CLÉMENT. — *Marseille Médical*, 1913, p. 339.
- IMBERT. — Congrès d'Urologie, 1913, p. 266.
- KOLISCHER. — Urol. et cutan. (*Revue St-Louis*, 1920, t. xxiv, 185).
- LABADIE, LARGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gynécologie.

- LANDAU. — *Centralbt für Gyn.*, septembre 1892.
- LAMOUREUX. — Rupture des pyosalpinx. (*La Gynécologie*, 1910).
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes. (Drezd.-Fr.), p. 543.
- MULLER et PETITJEAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 8 juin 1908, p. 819.
- — — *Journal d'Urologie*, 1919, t. I, 538.
- PÉAN. — *Annales de Gynécol.*, 1890, t. II.
- PERRIMOND. — Abcès pelviens ouverts dans la vessie. (Thèse de Lyon, 1896-97).
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- *Annales de Gynécologie*, 1898, t. II.
- POLAK. — *N.-York State, J. M.*, 1916, xvi, 344-48.
- POUSSON et DESNOS. — Encyclopédie Française d'Urologie.
- PROLTOFF. — Congrès Français de Chirurgie, 1911.
- REYMOND. — *Annales des maladies des organes génito-urin.*, 1893, p. 360.
- REYNIER (P.). — Congrès de Gynécologie, Genève 1896.
- ROUTIER, BRUN et TUFFIER, 1895. — Discussion à la Société de Chirurgie.
- SEGOND. — Traité de Chirurgie DUPLAY et RECLUS, vol. VIII, p. 100.
- SAFENA. — Ass. Esp. d'Urologie, mai 1911.
- SAXTORPH. — Congrès Médical internat. de Paris. (Section urinaire), 1901.
- TESSIER. — Société de Chirurgie, 18 mars 1891.
- VIOLET et CHARLIER. — *Revue de Gynécol. et chir. abdom.*, 1909, t. XIII, p. 41, 576.
- VIOLET. — *Lyon Médical*, 1908, p. 312.
- VOLLE. — (Thèse de Lyon, 1907-08). De l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux chez la femme.
- WYLIE. — Complications des salpingites adhérentes à l'uretère. (*Anonc. Journal d'Obst.*, 1891, p. 344).
- ZUR HELLE. — Rupture spont. des pyosalpinx dans la vessie. (*Zeischr. f. Gynec. Urologie*, 1911, t. II).

